

ingeleid en tijdens de ingreep moeten worden voortgezet door ter zake onkundige en ongeschikte hulppersonen (aanstaande vader en anderen).

4e. Men heeft bij kunstverlossingen aan huis te maken met een niet voor de narcose voorbereide patiënte. De kans op braken en overmatige secretie is dus groot. Met een pentothal-narcose wordt dit bezwaar ondervangen. Men kan verwachten, dat een ongeschoold hulppersoon een op juiste wijze voortzetten der aethernarcose indien er braken en overvloedige secretie optreden, niet zal kunnen praesteren.

5e. De toekomstige artsen hebben tijdens hun opleiding tegenwoordig evenveel de gelegenheid zich in de techniek der intraveneuze narcose te bekwamen als in die der aethernarcose. Onbekendheid met de techniek behoeft dus geen bezwaar te vormen.

6e. De gevaren van de pentothal-narcose kunnen — voor zover mij bekend — aanmerkelijk worden verminderd door toepassing van een juiste dosering en techniek². Indien men voor spoedgevallen en andere gevallen waarin geen geschoolde hulp bereikbaar is, pentothal-narcose toelaatbaar acht, lijkt het gewenst omtrent dosering en techniek hiervan in het *Tijdschrift* duidelijke voorlichting te geven.

Literatuur: ¹N. T. v. G. (1952) **96**, 1349. ²L. K. FERGUSON (1947) *Surgery of the ambulatory patient*. LIPPINCOTT, Philadelphia, 2e druk, bl. 53.

Utrecht, 2 Juli 1952

F. G. SCHLESINGER

Het is een plicht van elke medicus die de verloskunde uitoefent, zich bij een kunstverlossing van hulp te verzekeren. Dit is een quaestie van organisatie, die misschien op het platteland enige moeilijkheden geeft, maar in de stad nooit. Zelfs bij een spoedindicatie is er tijd genoeg deze hulp te laten komen.

De kans op braken en overmatige secretie bij aethernarcose is te verkleinen, wanneer men elke barendende gedurende de bevalling niet te veel laat eten en drinken.

De pentothalnarcose heeft te grote nadelen voor het kind om haar bij de kunstverlossing te adviseren. Tien minuten na het begin van de toediening aan de moeder komt het pentothal in dezelfde concentratie in het bloed van het kind voor.

Bij een versie en extractie is bovendien geen behoorlijke verslapping van de uterus te verwachten¹.

Literatuur: ¹DE LEE-GREENHILL (1951) *Principles and practice of obstetrics*, bl. 262.

REDACTIE

SERO- EN LIQUOR-RECIDIEVEN BIJ SYPHILIS

Naar aanleiding van het artikel van dr. M. C. MACKENZIE-VAN DER NOORDAA¹ wilde ik onze ervaringen vermelden bij een 250-tal patiënten, bij wie wij vonden, dat zij over het algemeen hun eerste kuur geregeld hadden ondergaan, maar dat naderhand 30 pCt der patiënten onregelmatig terugkwamen en 20 pCt vroeg of laat geheel wegbleven. De „follow-up” der slechte komers bracht in de meeste gevallen van onwil toch geen regelmaat meer.

Wij constateerden bij deze 250 patiënten 39 maal een sero-recidief (waarvan 21 bij onregelmatige bezoekers). (Twee gevallen werden wegens een nieuw primair affect uiteraard niet tot de sero-recidieven, doch tot de reïnfecties gerekend). In ruim 80 pCt der gevallen van serorecidief ontstond dit binnen het jaar en in een kwart der gevallen zelfs tijdens de behandeling, wanneer een negatief geworden reactie van WASSERMANN bij het begin van de volgende kuur weer positief bleek te zijn geworden. Dit verschijnsel zal helaas iedere arts bekend zijn.

Van uiterst groot belang is dan ook te leren, dat zelfs de liquorreacties positief kunnen worden (of blijven), ook wanneer de patiënten volledig worden behandeld en wel in 17,7 pCt der gevallen. Ik zou echter onderscheid willen maken tussen „volledig” behandeld en „volledig doch onregelmatig” behandeld.

Uit ons onderzoek moesten wij de prognose van de gemiddelde (gerekend naar trouwe en ontrouwe komers) policliniekpatiënt met syphilis die vroeg onder behandeling komt, zo stellen, dat hij of zij niet minder dan 25 pCt kans loopt op onvolledig succes van de routine-behandeling volgens HOFFMANN (te Bonn). Deze slechte kans wordt tweemaal zo groot wanneer de therapie niet goed wordt gevolgd. Maar zelfs de goed behandelde patiënt loopt kans op 10 pCt mislukking! (BURCKHARDT² vond ook 10 pCt mislukkingen, COLE³ vond in 21 pCt serorecidief en bij onregelmatige behandeling zelfs 45 pCt.)

Omdat blijkt, dat zeker een kwart der patiënten niet trouw onder behandeling blijft, vinden wij het van belang de patiënt, wanneer hij nog onder de indruk van de ziekte is,

dadelijk penicilline toe te dienen en daarna nog eventueel organisch arseen-bismuth. Wij geven de (penicilline-)zekerheidskuur dan niet meer na, doch vóór de neoarsphenamine-bismuththerapie. Bij twee patiënten, die niet reageerden op een volledige behandeling met neo-arsphenamine-bismuth en penicilline (3 respectievelijk 4 maanden observatietijd) werden de reacties binnen een maand negatief door een per os toegediende aureomycine-kuur.

¹M. C. MACKENZIE-VAN DER NOORDAA (1952) *N.T.v.G.* 96, 1600. ²BURCKHARDT, *Dermatologica* 99, 5. ³COLE (1937) *J.A.M.A.*

Amsterdam, Juli 1952

R. D. G. PH. SIMONS

Het woord „volledige” in de samenvatting van mijn artikel is verwarrend; ik heb daarmee slechts bedoeld, dat de patiënten over het algemeen enige jaren na het begin van hun lues, en aan het einde van een zekere reeks kuren ter punctie werden gestuurd. Het verband op te zoeken tussen de kwaliteit van de behandeling en het resultaat, ook voor zover het de liquor betreft, zou een zeer uitvoerig onderzoek eisen, dat uitsluitend in samenwerking met de venereologen zou kunnen geschieden. Slechts voor de groepen die praeparalyse of dementia paralytica, lues cerebrospinalis, tabes, of liquorrecidief kregen, heb ik het verband tussen het uitbreken van deze ziekte en hun reactie op de therapie nagegaan; ik ben tot de conclusie gekomen, dat of aan de therapie (te laat of onregelmatig toegepast) of aan hun reactie erop (therapieresistentie) iets had gemankeerd. Bij alle andere groepen van liquorafwijkingen heb ik het verband met de therapie buiten beschouwing gelaten. Bij een grondig onderzoek daarnaar zal het zin hebben naast een „goede” behandeling (zie 2e conclusie) nog verschillende graden van minder volledige behandeling te onderscheiden, waarin onder andere begrippen zoals te laat, onregelmatig, te weinig intensief, te lage dosering en resistentie zijn verdisconteerd.

Amsterdam, Augustus 1952

M. C. MACKENZIE-VAN DER NOORDAA

PHENANTOINUM NIET MESANTOÏNE

Het ingezonden schrijven in het *N.T.v.G.* dd 2 Augustus j.l. bl. 1889, waarin op een gevaarlijke verwarring wordt gewezen met mesantoïne bij gebruik van het synoniem phenantoinum, vermeld in de Regeling en Klapper van de Ziekenfondsraad en het kaartsysteem der K.N. M.P., laat door gebruik van het woordje „echter” min of meer in het midden of de aanduiding van de MERCK *Index* dan wel die van boven aangehaalde instanties de juiste is. Uit onderstaande gegevens moge blijken, dat het door de MERCK *Index* gebruikte synoniem phenantoinum voor mesantoïne onjuist is.

5-Aethyl-3-methyl-5-phenylhydantoinum (=mesantoïne) = methoin (approved name Brit. Pharm. Comm.) = methylphenetoïne (Scand. Ph. Counc.).

5-5-Diphenylhydantoinum = phenantoinum (Scand. Ph. Counc.) = phenantoinum, fenytoïne (Deense Zweedse Pharm.).

Amsterdam, 22 Augustus 1952

G. J. BLOK

lid Medisch-Pharmaceutische Commissie Ziekenfondsraad

SAMENHANG TUSSEN POLIOMYELITIS EN TONSILLECTOMIE

Naar aanleiding van het artikel van dr. G. D. HEMMES en dr. H. H. C. STAPERT¹, waarin wordt gewezen op mogelijke samenhang van poliomyelitis en een voorgaande operatie aan tonsillen of gebit, zou ik willen vragen of er ook een poging tot statistische bewerking is gedaan om waarschijnlijk te maken, dat niet van een toevallig samengaan van deze veelvuldig verrichte operaties en poliomyelitis sprake is.

Literatuur: ¹G. D. HEMMES en H. H. C. STAPERT, *N.T.v.G.* 96, 1835 (1952)

Leeuwarden, 7 Augustus 1952.

J. IWEMA

De mededelingen over het ontstaan van poliomyelitis na operaties aan tonsillen of gebit zijn inderdaad gevolgd door onderzoekingen om het bestaan van een samenhang te toetsen. Aangaande de tonsillectomie wijzen wij op een recente publicatie van M. SIEGEL, M. GREENBERG en C. MAGEE¹. Deze schrijvers komen tot de conclusie, dat tonsillectomie voorbeschikt tot de ontwikkeling van klinische verschijnselen van poliomyelitis. Voorts vonden zij, dat de gevallen die zich voordoen kort na tonsillectomie, voorbeschikt zijn tot het ontstaan van bulbair paralyse.